Über einen Fall von Ileus infolge Compression des Rectums durch eine Dermoidcyste des Ovariums bei einem 79jährigen Fräulein.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

K. B. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt

von

Carl Raum

aus Nürnberg.

Tag der mündlichen Prüfung: 27. Dezember 1910.

□ □ □

Bamberg.
W. Gärtners Buchdruckerei, Hoflief.
1910.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät.

Referent: Herr Professor Dr. Hauser.
Dekan: Herr Professor Dr. Specht.

Dem Andenken meines
verstorbenen Vaters gewidmet.

Die Dermoidcysten haben schon frühzeitig in der Reihe der Tumoren ein besonderes Interesse erregt und waren schon seit langem bekannt unter dem Namen „haar- und zahnhaltige Cysten“ und ähnlichen Bezeichnungen, ohne daß man für die Herkunft des merkwürdigen Inhalts eine genügende Erklärung finden konnte.

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts bezeichnete Lebert diese rätselhaften Gebilde zum ersten Male als „Dermoidcysten“ und gab für sie die Definition: Cysten, deren Innenfläche analog der äußeren Haut gebildet ist, mit Epidermis, Dermis, Talg- und Schweißdrüsen und Haaren, die oft auch Fett, Knochen und Zähne enthalten. Lebert gab auch als Erster eine genaue zusammenfassende Betrachtung dieser Geschwülste und darin bes. die genaue Beschreibung eines Falles. (Schmidts Jahrbücher Bd. 104.) Seitdem gingen bis in die neuere Zeit alle derartigen Gebilde unter dem Namen Dermoidcysten, gleichgültig, ob sie ihren Sitz an Stellen hatten, die es als wahrscheinlich zuließen, daß die Cysten von der Haut durch Abschnürung entstanden sein konnten oder nicht.

Da mochte wohl insbesondere das bei weitem häufigste Vorkommen von „Dermoidcysten“ im Ovarium und das gelegentliche Finden solcher Tumoren im Hoden das Interesse zu eingehendsten mikroskopischen Studien angeregt haben.

Das Ergebnis war, daß Wilms (vergl. Über Dermoidcysten, Teratome mit bes. Berücksichtigung der Dermoide der Ovarien, Deutsches Archiv für Klin. Medizin 1895 LV, S. 289) und gleich ihm Hanau und Kappler, Repin und Merttens (vgl. Beiträge zur Lehre von den Dermoidcysten des Ovariums, Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie 1897, Bd. XXXVI) für die Dermoide des Ovariums, und Wilms und unabhängig

von ihm Kockel für teratoide und embryoide Geschwülste und Dermoide des Hodens den Nachweis brachten, daß sie nicht einfache Abkömmlinge der äußeren Haut, sondern daß sie sämtlich aus einer 3 blättrigen Keimanlage hervorgegangen sind und zwar so, daß nach Art eines menschlichen Foetus meist das Ectoderm und die Kopfanlage als zuerst differenzierte Teile prävalieren. Daraufhin sonderte Wilms mit Recht die Dermoidcysten des Ovariums von allen andern und nannte sie „rudimentäre Ovarialparasiten.“ Um der cystischen Natur auch im Namen gerecht zu werden, schlug Birsch-Hirschfeld vor, sie „Embryonalcystome“ zu nennen. A. Martin, der in seinem Werk: „Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneierstöcke 1898“ eine umfassende Bearbeitung der Dermoidcystome gibt, will diese Gebilde als „cystische Ovarialembryome“ den „soliden Ovarialembryome“ Teratome gegenüber bezeichnet haben, und er drückt in der Tat mit diesen Benennungen die ganze Eigenart dieser Gebilde aus.

Von den verschiedendsten Gesichtspunkten aus waren die Dermoidcysten der Ovarien Gegenstand eingehender Arbeiten.

Als Inhalt der Dermoidcysten – ich spreche im Folgenden stets nur von den Dermoidcysten der Ovarien — wurden sowohl Anlagen fast aller Organe als auch ziemlich oder auch voll ausgebildete Organe selbst gefunden. Auffallend ist mir aber die Tatsache, daß bisher noch keine Anlage männlicher wie weiblicher Geschlechtsdrüsen und ebensowenig Nierensubstanz in diesen Cysten gefunden wurde. Sollte dies nicht darauf hinweisen, daß die Dermoide eben nur aus vielwertigem, nicht aus allwertigem Material stammen? Und wäre dann vielleicht das Fehlen dieses immer aufs Neue schaffenden Keimmaterials als Ursache der mangelhaften Entwicklung des „Embryoms“ in Betracht zu ziehen? Doch dies nur nebenbei; aus naheliegenden Gründen will ich mich nicht über diese Fragen verbreiten.

Von besonderem Interesse in Bezug auf den Inhalt aus den letzten Jahren ist eine Arbeit von Holtschmidt: Ein interessanter Fall von Dermoidcysten des Ovariums, J. D. Leipzig 1899/1900. Darin ist eine vergleichende Untersuchung des Embryommaterials nach Ecto-, Meso- und Entoderm mit dem echten Embryonalgewebe durchgeführt und als besonderer Inhalt der Fund einer Anlage von Centralnervensystem mit Centralkanalbildung und

von ihm abgehende Nervenabzweigungen und mit diesen im Zusammenhang eine Augenanlage angegeben. Ebenso interessant ist der Befund von Knochen mit rotem Knochenmark.

Fujiro Katsurada veröffentlicht: (Zur Lehre von den sog. Dermoidcysten oder Embryomen des Ovariums, Freiburger U. S. 1900/01) unter anderm als bes. Befund Herzmuskulatur.

In Bezug auf die Frage der Aetiologie der Dermoide, die sich insofern aus dem gefundenen Inhalt beantwortet, als all dies Material auf eine 3 blättrige Keimanlage zurückgeführt werden muß und deshalb nur aus befruchtetem Eimaterial entstanden sein kann, sind die Ansichten über das wie und warum? noch keineswegs geklärt.

Allgemein aufgegeben aus dem eben angedeutetem Grunde ist wohl jeglicher Gedanke an parthenogenetische Vorgänge. Wie soll auch aus unbefruchteten Geschlechtszellen ohne ein Wunder plötzlich bei Wucherung etwas anderes werden können als was sonst auch aus wuchernden Körperzellen wird: nämlich normale oder degenerierte Zellen?

Vielfach angenommen ist dagegen wohl die Marchand-Bonnet-Hypothese, die Blastomerentheorie, nach der im Blastulastadium eine Furchungskugel ev. auch mehrere Kugeln sich von dem übrigen Material sondern und nun nur eine rudimentäre Entwicklung erlangen.

Bemerkenswert ist in dieser Frage die Anschauung Borsts, „Die Teratome und ihre Stellung zu den andern Geschwülsten“ aus einem Abdruck aus den Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft, 11. Tagung zu Dresden 16.—19. Sept. 1907, welcher die Teratome in die Reihe der geschwulstartigen Mißbildungen einreiht und klar und deutlich Geschwulst als eine Wachstumsstörung mit autonomem Wachstum von den Mißbildungen als Entwicklungsstörungen ohne autonomes Wachstum und abhängig von der physiologischen Wachstumsregulation des Körpers trennt und darauf hinweist, wie die Dermoide mit ihrer Trägerin altern. Für diese selbst — die Dermoide — möchte übrigens Borst eine Ausnahme von der Blastomerentheorie machen, derart, daß er sie nicht aus irgend einer beliebigen Furchungskugel, sondern aus einer Keimzelle

bezw. deren vom Soma schon differenzierten Vorstufe bis ins Blastomerenmaterial zurück entstanden denkt.

Eine andere interessante Arbeit dieser Art liegt vor von Alex. Ingier, Christiania, „Beiträge zur Casuistik der Genese der Ovarialdermoide". Ingier stellt sich ganz entschieden auf die Seite der Blastomerentheorie. Nachdem er alle anderen Hypothesen abgelehnt hat, sagte er: „Gehen wir zu der Theorie über, die nicht nur einen jeden Grad selbst planmäßiger Organisation einer Dermoidcyste zu erklären im Stande ist, sondern die auch die einzige ist, die eine befriedigende Erklärung einer jeden Lokalisation, selbst im Ovarium und Hoden zu geben vermag, nämlich die Blastomerentheorie." Als Stütze des ersten Satzes führt er die Experimente von Driesch mit Echinodermen an, dem es gelang, aus künstlich getrenntem Blastomerenmaterial sowohl vollkommene normale Larven als auch Doppelbildungen und Doppelnußbildungen zu erhalten. Der sonstigen Übereinstimmung der Entwicklung des Säugetiereis mit der des Echinotermentypus nach glaubt Ingier diesen Vorgang als einen spontanen aus inneren oder äußeren Gründen auf die Entwicklung des menschlichen Eies übertragen zu dürfen.

Die häufige Lokalisation im Ovarium erklärt Ingier auf zweierlei Möglichkeiten: entweder es verzögert sich die Absonderung der Keimbahn vom somatischen Material in einer Furchungszelle und nachträglich entwickelt sich dann in der ebenfalls sich entwickelnden Geschlechtsdrüsenanlage somatisches Material oder es wird von der Keimbahn eine somatische Zelle gewissermaßen mitgeschleppt und entwickelt sich dann ebenfalls mitten im Keimmaterial. Beide Arten würden übrigens ganz einfach das auffallende Fehlen von Geschlechtsdrüsenanlage in Dermoiden auf ganz einfache Weise erklären.

Eine ausführliche Darstellung über diese Frage findet sich auch bei Eulenburg: Realencyklopädie der gesamten Heilkunde. Eine zusammenfassende Darstellung bes. der älteren Theorien findet sich bei Dennemark. (Über Dermoide insbes. des Ovariums. Berliner U. S. 1901/2 Nr. 27.)

Die Dermoidcysten bieten aber auch großes prakt. Interesse.

Über die Häufigkeit des Vorkommens von Dermoidcysten erfahren wir aus der oben genannten Schrift von Dennemark,

daß nach Ohlshausen auf 100 Ovariotomien 45 wegen Dermoidcysten ausgeführt wurden. In Japan sollen die Embryome nach Omori und Ikeda 24% aller Ovariotomien ausmachen.

Daß das Ovarium der Lieblingssitz von solchen parasitären Gebilden ist, während „solide Embryome" — wenn auch ungleich seltener — mehr im Hoden gefunden werden, ist bekannt und erklärt sich vielleicht aus der Raumbeschränkung, die im Hoden eher ein wirres Wachstum bedingt als im freiliegenden Eierstock.

Über das Alter der Trägerin von Dermoidcysten wissen wir, daß einerseits Neugeborene schon ziemlich entwickelte derartige Cysten besitzen können, andrerseits Dermoide noch bei Leuten über 70 Jahre gefunden wurden. Der häufigste Befund fällt in die Zeit vom 10.—50. Lebensjahr. Eine Dermoidcyste bei einem 8 Monat alten Foetus veröffentlicht v. Säxinger: (Ein Beitrag zu den Dermoidcystomen des Ovariums. J. D. Tübingen 1886/87.) Nach Haffter sind alle nach Lebert die meisten Dermoidcysten angeboren. Die Blastomerentheorie fordert als Bedingung ihrer Richtigkeit natürlich die Anlage der Dermoide lange vor der Ausbildung des Foetus.

Beachtenswert ist der häufige Befund zur Zeit des Eintritts der Pubertät, in der Ehe und da besonders in der Schwangerschaft, in partu oder kurz post partum.

Ich selbst fand unter 30 veröffentlichten Fällen ein Bemerkbarwerden z. T. infolge raschen Wachstums des Tumors, zur Zeit der Gravidität 4, bei der Geburt 2, nach der Geburt im Wochenbett 2, zur Zeit des Eintritts des Pubertät 3 Fälle. (Vgl. Schmidts Jahrbücher Bd. 211, S. 171/2; Bd. 260, S. 51; Jahresbericht f. Geb. u. Gyn. Bd. 15, S. 245, Nr. 312; Bolzano: Untersuchung einer großen Dermoidcyste des Ovariums, Würzburger U. S. 1901/2, Nr. 32 und Sigwart: Ein Fall von Teratoma ovarii, Erlangen U. S. 1892/93, Nr. 104.)

Damit sind wir auch den besonderen Wachstumsursachen bezw. den Momenten, die den bestehenden Tumor häufig erkennen lassen, näher getreten.

Denn mit Recht wird man das so oft beobachtete Zunehmen des Tumors zu den angegebenen Zeiten auf eine vermehrte Blutzufuhr zu allen Organen des Unterleibs, also auch

zu den Dermoidcysten zurückführen, wie sie eben in diesen Zeiten physiologischerweise statthat. Der reichlicheren Blutzufuhr entspricht dann eine reichlichere Secretbildung, rascheres Wachstum im Innern der Cyste. Andrerseits mag auch der Umstand, daß so häufig Fälle bes. zur Zeit der Gravidität und des Wochenbetts in Erscheinung treten und diagnosticiert werden, daraus zu erklären sein, daß einerseits die durch den schwangeren Uterus zunehmende Raumbeengung zu Folgeerscheinungen führt, z. B. zu Stieldrehung, Compression, Störungen im Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt, andrerseits die Frauen eben gerade da häufiger zur Untersuchung gelangen und bes. bei den dann häufig schlaffen Bauchdecken häufiger Gelegenheit zur Erkennung von intraabdominellen Tumoren geben.

Außer dieser durch vermehrte Blutzufuhr bedingten Wachstumsursache kommen nach A. Martin in Betracht: a priori eine besonders große Anlage des Embryoms und Rupturen der Cystenwand als Fortfall hemmender Faktoren. Ich selbst fand als Ursache für rapides Zunehmen eines solchen Tumors ein mit ihm combiniertes, rasch proliferierendes Cystadenom (vgl. Jahresbericht für Geb. u. Gyn. Bd. XI, S. 196).

Der Verlauf uncomplicierter Fälle kann vollkommen latent stattfinden. Im Alter können die Dermoidcysten – nach Martin — bindegewebig durchwuchert werden; nicht selten finden an der Innenfläche Kalkablagerungen statt und sogar Verknöcherungen wurden beobachtet. Es ist durchaus nicht selten, daß Dermoidcysten als Nebenbefund bei Operationen und Sektionen gefunden werden.

Meist erst wenn die Tumoren faustgroß werden — oder wenn sie vorher vereitern — werden klinische Erscheinungen beobachtet. Die subjektiven Symptome des uncomplicierten Embryoms sind keine an sich besonders charakteristischen: Kreuzschmerzen, Druckempfindlichkeit. Objektiv findet sich bei der Untersuchung ein runder Tumor, in den früheren Stadien halbweich, später meist infolge hydropischer Transsudation fluctuierend und dann prall. Bevor ich auf die durch den Tumor gegebenen Complicationen eingehe, möchte ich kurz Diagnose, Prognose und Therapie der Dermoidcysten besprechen.

Aus dem oben Gesagten geht hervor, daß mangels Symptome Dermoidcysten nicht selten gar nicht oder zufällig

entdeckt werden. Führt aber irgend eine Ursache zur Erkennung des Tumors, so läßt sich doch in den seltensten Fällen die Diagnose auf Dermoidcyste des Ovariums stellen, meist wird die Diagnose auf Ovarialtumor bezw. -cystom, gelegentlich auch auf Darmcarzinom gestellt. Denn die bei Dennemark angegebenen charakteristischen Symptome: langsames Wachstum, spontaner nicht ausstrahlender Schmerz, billardkugelähnliche Form und Elasticität können ebenso gut fehlen oder verändert sein. Eher noch verdienen die von Lebert (Schmidts Jahrbücher Bd. 104) angegebenen eigenartigen Symptomen: infolge Druck und Verwachsungen, Dysurie, Tenesmus, Anurie, Berücksichtigung.

Doch selbst in operatione kann infolge der zahlreichen Verwachsungen die Differentialdiagnose mit Rectum-Carzinom oft nicht gestellt werden, selbst wenn überhaupt an eine Dermoidcyste gedacht wird. Sicher gestellt wird natürlich die Diagnose, wenn bei bimanueller Betastung Knochen oder Zähne getastet, oder durch Punktion charakteristische Fett Talgmassen womöglich mit Haaren entleert, oder wenn nach Perforation in Blase, Darm oder Scheide, solche Produkte der Cyste entfernt werden.

Die Prognose ist an sich nicht besonders ungünstig, jedenfalls besser als die der proliferierenden Cystome, immerhin besteht die Gefahr der Colloidentartung und vor allem der verschiedensten mehr oder weniger ernsten Complicationen. Die Therapie hat daher stets in der Entfernung der Dermoidcyste zu bestehen.

Über die durch Dermoidcysten hervorgerufenen Complicationen fand ich Aufzeichnungen in den zusammenfassenden Arbeiten von Lebert (Schmidts Jahrb., Bd. 104), Martin und Dennemark.

Doch es sind alle diese Zusammenstellungen für sich nicht vollständig. Außerdem wurde eine neue Complication, nämlich Ileus, erst im Jahre der letzten Arbeit von Dennemark 1901 veröffentlicht.

Da es dem Zweck meiner Arbeit entspricht, möchte ich bei Besprechung der Complicationen die seltenen den häufigeren gegenüberstellen.

Als häufige Complicationen fand ich: Druckatrophie und Cystombildung des Ovariums, Ovulations- und Menstruations-

störung, Adhäsionen, Stieltorsion, Ruptur, Vereiterung und Perforation, eitrige Peritonitis, Schwangerschafts- und Geburtsstörungen, Obstipation, Dysurie, leichter Ascites.

Unter diesen Complicationen nimmt eine als fast regelmäßige eben deshalb eine besondere Stelle ein die Druckatrophie desjenigen Ovariums, in dem das parasitische Gebilde seinen Sitz hat und zwar in mehr oder weniger ausgesprochenem Grade, manchmal bis auf Erhaltung nur noch mikroskopisch nachweisbarer Reste. Die Erklärung der Atrophie liegt auf der Hand.

Sehr häufig, in 14% der Fälle, gefunden ist die cystische Entartung des betreffenden Eierstocks. Diese ist wohl ebenfalls aus dem direkten Verhältnis von Eierstock und Embryom und zwar nach Martin auf mechanische Weise zu erklären. Bei dieser Complication kommt es gelegentlich zum Schwund der Cystenzwischenwände, sodaß schließlich Dermoidcyste und Ovarialcystom eine einzige große Cyste mit einem Inhalt bilden, wobei nur noch einzelne Wülste die mehrkammerige Cyste von früher andenten.

Infolge beider Zustände, insbesondere wenn sie zusammenauftreten, kann es oft schon frühzeitig zu Ovulations- und Menstruationsbeschwerden kommen. Es treten dann Menorrhagien auf oder die Menses bleiben ganz aus. Doch es muß das nicht der Fall sein. Die oben aufgeführten Fälle von Bemerkbarwerden des Tumors bei Eintritt der Pubertät bei den noch nicht menstruierten Mädchen könnte man meines Erachtens an dieser Stelle auch so auffassen, daß der Eintritt der Menses durch die Dermoidcyste bezw. Atrophie und cystische Entartung der Ovarien überhaupt verhindert wurde. Meistens freilich bleibt die Ovulation und Menstruation erhalten und damit die Conception.

Überaus häufig, und bei den Fällen von Dermoidcysten, die längere Zeit getragen wurden, regelmäßig finden sich Adhäsionen und zwar meist sehr ausgedehnte und gleichzeitig den Tumor mit mehreren Organen verbindende. Die Verwachsungen sind fast regelmäßig lange Zeit nur lockere, die für das Wachstum des Tumors kein Hindernis bilden, selten sind sie so derb, daß dies der Fall ist. Infolge der Verwachsungen

kann ein intraligamentär wachsender Tumor vorgetäuscht werden — pseudointraligamentäres Wachstum. Die Ursachen für das Zustandekommen der Adhäsionen können verschiedener Natur sein. Immer natürlich besteht eine fibrinöse Peritonitis, doch diese kann infektiöser oder nicht infektiöser Natur sein. In den meisten Fällen handelt es sich um eine nicht infektiöse, gutartige Adhaesiv peritonitis.

Diese kann hervorgerufen werden durch mechanische Insulte: Stoß und Fall auf den Unterleib, beim Coitus, durch erschwerte Defäcation, bei Geburten, ferner durch den diffundierenden, chemisch reizenden Inhalt der Dermoidcyste.

Häufiger ist aber die Ursache in einer Drucknecrose der Tumorwand und der Oberfläche der Nachbarorgane im Becken, besonders im Douglas-Raum zu suchen als Folge langdauernder inniger Berührung.

Die Adhäsionen durch Peritonitis auf infektiöser Grundlage können entstehen nach Infektion und Vereiterung des Dermoidbreies, besonders nach Punktionen oder auch Stieldrehungen oder im Wochenbett und bei Infektionskrankheiten. Als Infektionserreger kommen in Betracht, Saprophyten, Eiter-Bakterien, Gonococcen, Typhus- und Tuberkelbazillen, Bakterium Coli.

Unter den Organen, die an den Verwachsungen teilnehmen, stehen oben an: Darm und Uterus. Martin fand in 559 Fällen Adhäsionen mit dem

Uterus	65
Darm inkl. Process. verniformis	215
Netz	46
Blase	12
Leber und Gallenblase	1
Bauchwandung	160

Die Verwachsungen mit dem Darm und den Darmschlingen untereinander können dann wohl auch zu Darmeinklemmungen führen, doch fand ich keinen derartigen Fall in der Literatur. Häufig dagegen ist die Verlagerung des Uterus besonders seitlich und nach hinten durch den Zug der Adhäsionen.

Ascites findet sich dabei ziemlich oft, doch nur in meist sehr mäßigen Mengen.

Sehr häufig entstehen durch den Druck des Tumors auf den Darm Stuhlbeschwerden und infolge Druck und Verwachsung mit der Blase Dysurie, die sich bis zu Anurie steigern kann; Cystitis tritt dann dazu. Lebert bezeichnet diese Complicationen von seiten der Blase als eine von den gewöhnlichen Ovarialcystomen abweichende.

Verhältnismäßig sehr häufig sind die Störungen, die durch die Dermoidcysten im Laufe der Gravidität und der Geburt auftreten. 36% der Dermoidcysten geben Anlaß dazu. Häufig tritt infolge des sich immer mehr steigernden Druckes des Embryoms auf den schwangeren Uterus Wehentätigkeit und Frühgeburt ein, oder die Schwangerschaft wird infolge Vereiterung und Perforation der Cyste und ähnlichen Zufällen unterbrochen. Schließlich können auch notwendig werdende Operationen das Ende der Gravidität herbeiführen. Doch auch sonst können allerlei Störungen auftreten. Infolge der bedeutenderen Raumbeschränkung im Abdomen können die sonst an sich ziemlich häufigen Beschwerden der Gravidität: Stuhl- und Blasenbeschwerden, Leibschmerzen, Oedema an den Beinen, Atembeschwerden früher und in schwererem Grade auftreten.

Ebenso zahlreich sind die Fälle, in denen die Dermoidcysten erst in partu zu oft sehr ernsten Störungen Anlaß geben, dadurch, daß sie den normalen Ablauf derselben hindern. Durch die lange Dauer der Geburt können Wehenschwäche, Uterusrupturen auftreten; andrerseits ist durch sie die Möglichkeit einer schweren Infektion, insbesonders infolge der eventuell nötig werdenden Eingriffe bedeutend vermehrt. Lebert (Schmidts Jahrbücher, Bd. 104) gibt an, daß auf 43 Fälle, in denen Dermoidcysten als Geburtshindernisse oder Ursachen von Schwangerschaftsstörungen auftraten, 7 Todesfälle kamen.

Von den Complicationen, die die Dermoidcyste selbst betreffen, kommen häufig vor: Stieltorsionen, Cystenrupturen, Vereiterung, Perforation.

Wenn auch die Mehrzahl dieser Tumoren ihrem Ursprungsorgan breit aufsitzen, so kommen doch Stielbildung und dann Stieldrehung gar nicht so selten vor. Besondere begünstigende Momente dafür bieten wieder die Gravidität und die Geburt. Plötzlich auftretende Schmerzen deuten meist auf das Ereignis hin.

Die auf die Stieldrehung hin erfolgende Blutung in die Cyste und bei schließlich vollkommen ausgeschalteter Cirkulation auftretende Necrose des Inhalts bieten ihrerseits wieder den günstigsten Boden für eine weitere Complikation, die durch Infektion erfolgende Vereiterung und ev. Verjauchung des Cysteninhalts.

Auf dem Wege der Tuben, der Blut- und Lymphwege, durch Vermittlung der Adhäsionen mit dem Darm gelangen die Infektionserreger in die Cystenwand und das Innere der Cyste. Ein begünstigendes Moment ist hier wiederum die Geburt und besonders das Wochenbett aus leicht begreiflichen Gründen. Die Eiterung kann innerhalb der Cyste zum Abschluß kommen, oder aber es tritt Perforation der Cystenwand ein. Die Folge davon ist verschieden, je nach der Art des Eiters und dem Organ, in das die Perforation erfolgt.

Perforationen finden statt in die Blase, in das Rectum, in die Scheide, in die freie Bauchhöhle und durch die Bauchdecken an die Oberfläche. Am günstigsten sind natürlich die Durchbrüche an die Oberfläche des Körpers in das Rectum und in die Vagina. Weniger günstig wegen der entstehenden Cystitis und ihren möglichen Folgen ist der Durchbruch in die Blase. In diesem Falle können dann Fett- und Talgmassen, Haarballen oder Zähne durch die Öffnungen abgehen, wie dies in einigen Fällen (in Schmidts Jahrbüchern Bd. 211, S. 171/2) beschrieben ist.

Perforiert die Cyste in die Bauchhöhle, so handelt es sich darum, ob der Eiter noch virulent ist oder nicht. Je nachdem kann er resorbiert werden, ohne weitere Erscheinungen oder aber es kann eitrige Peritonitis mit meist tödlichem Ausgang eintreten.

Anders verhält es sich bei der Ruptur der Cystenwand. Der Inhalt der Dermoide kann ebenfalls glatt resorbiert werden, gibt aber selten zu schwereren Peritonitiden Anlaß. Ähnliche Folgen wie die stielgedrehte Dermoidcyste kann auch die vollkommen abgedrehte hervorrufen. Doch wurden „freie“ Dermoidcysten noch nicht oft gefunden.

Damit sind wir bereits bei den seltenen Complicationen der Dermoidcysten angelangt. Hierher gehören: Hemmung der Entwicklung des Genitalapparats, maligne Entartung des Dermoids, vollkommener Darmverschluß.

Die Hemmung der Entwicklung des Genitalapparates infolge frühzeitiger Störung der Entwicklung der Ovarien durch das parasitische Embryom wird sehr selten beobachtet, und nie so bedeutend gefunden, daß durch sie die Conception unmöglich geworden wäre.

Maligne Entartung des Embryoms, carzinomatöser oder sarcomatöser Art, ist sehr selten.

Holtschmidt berichtet (Ein interessanter Fall von Dermoidcyste des Ovarius. J. D. Leipzig 1899/1900) von einem interessanten Fall von sarcomatöser Entartung bei einem 12jährigen Mädchen, das seit frühester Jugend immer Druck im Leib verspürte: seit 1/4 Jahr vor der Operation nahmen die Beschwerden riesig zu, das Mädchen magerte kolossal ab.

Einen Fall von verhornendem Plattenepithelkrebs, wahrscheinlich ausgehend von dem Epithel der Zotte, fand ich in Schmidts Jahrbüchern, Bd. 257, S. 165. Es handelt sich um einen Tumor, der seit 19 Jahren bekannt war und in den letzten Monaten lebhaftes Wachstum gezeigt hatte.

Während leichtere und schwerere Formen von Obstipation infolge Anwesenheit der Dermoidcysten vielfach vorkommen, scheinen Fälle von vollkommenem Darmverschluß sehr selten zu sein. Ich fand in der gesamten einschlägigen Literatur einen einzigen Fall von Ileus infolge einer Dermoidcyste, und zwar durch Stieltorsion, in den Jahresbüchern für Geburtshülfe und Gynaekologie, Bd. XV, S. 245, Nr. 312; Machard, Cyste, dermoide, de l'ovaire chez une jeune fille de 14 ans: Torsion du pedicule, Occlusion intestinale; seit einem Jahr etwa allmonatlich Schmerzen im Leib, Erbrechen, Stuhlverstopfung; seit 5 Tagen Ileuserscheinungen. Die Operation ergab: etwas Ascites, keine Verwachsungen.

Ein Fall von Ileus, indirekt verursacht durch Volvulus der Flexura sigmoidea infolge einer Dermoidcyste ist veröffentlicht im Zentralblatt für Gynaekologie 1904, Bd. 28. I. Teil. S. 547.

Somit ist der vorliegende Fall von Ileus infolge Compression des Rectums der erste dieser Art und der zweite bez. dritte Fall von Ileus durch eine Dermoidcyste überhaupt, der zur Veröffentlichung gelangt.

Krankengeschichte:

4. Dez. 04. Kreisirrenanstalt Erlangen. Anamnese. Frl. Adeline Weghorn, 75 Jahre alt. Familienanamnese ergibt nichts Besonderes. Der übrige Teil der Anamnese aus der Krankengeschichte der Kreisirrenanstalt betrifft rein psycho-pathische Momente.

Status: Mittelgroße alte Frau, Hautfarbe: gelblich-blaß, Haut stark gerunzelt, Ernährungszustand ist wenig gut zu nennen. Die Pupillen reagieren beide prompt und sind beide gleich weit. Die Reflexe sind sämtlich erhalten. Die fühlbaren Arterien sind, namentlich die beiden Radiales geschlängelt und fühlen sich starr an. Der Puls ist klein und etwas unregelmäßig. Die Lungengrenzen sind etwas erweitert (Emphysem). In den hinteren Lungenpartieen katarrhalische Geräusche.

Im Abdomen nichts Besonderes.

Urin ohne Eiweiß und ohne Zucker.

Nachträge: Am 27. Mai 05. Patientin macht wegen ihres Stuhlganges — Neigung zur Verstopfung — viel Wesens; sie scheint dahinter etwas ganz Besonderes zu vermuten.

27. Juli 05. Pat. hat alle Tage neue körperliche Beschwerden.

1. Febr. 06. Pat. fühlt sich besser; ist zufrieden.

7. Sept. 07. Pat. schimpft mit täglich wachsenden Beschwerden.

1. Sept. 08. Pat. hat täglich eine andere Klage, fühlt sich aber körperlich wohl dabei.

Jan. 09. Pat. ist unausgesetzt marode, beklagt sich über alles, obwohl es ihr ganz gut geht.

9. Febr. 09. Pat. hat seit 8 Tagen keinen Stuhlgang mehr, trotz aller angewandten innerlichen und äußerlichen Mittel. Da heute mittag Prodrome eines Ileus auftraten, wird Prof. v. Kryger konsultiert und dieser stellt auch die Diagnose auf Darmverschluß. Darauf wird Pat. in die chirurgische Klinik verbracht.

Operationsbericht:

9. Febr. 09. Abends $^1/_2$9 Uhr wird Pat. von der Kreisirrenanstalt wegen Ileus eingeliefert.

Status praesens: Alte, stark demente Person in leidlichem Ernährungszustand: Herz und Lunge ergeben keinen wesentlichen Befund. Der Leib ist stark trommelartig aufgetrieben, gespannt und recht druckempfindlich. Überall findet sich tympanitischer Schall. Die Leberdämpfung ist erhalten, mäßiges Aufstoßen, dagegen kein Erbrechen, der Puls ist ziemlich kräftig, und beschleunigt (120). Durch die Bauchdecken ist nichts zu fühlen.

Nach Injektion von 0,1 Morphium subcutan und 2 ccm Digalen intramusculär wird in Chloroform Äthernarkose sofort zur Operation geschritten. Hautschnitt paralell dem äußeren Rand des linken Rectus, oberhalb des Poupartschen Bandes beginnend, nach schichtweiser Durchtrennung der Bauchdecken wird das Bauchfell mittelst der Koper-Sonde eröffnet und die Öffnung unter Einführung des Fingers sorgfältig erweitert. Es quillt sofort eine außerordentlich starkgeblähte Darmschlinge hervor, die sich als dem Dickdarm angehörig erweist. Eine genauere Untersuchung des Abdomens erweist sich bei den starkgeblähten Darmschlingen als unmöglich, weshalb zunächst nach sorgfältigem Abstopfen der Wunde mittelst Perltüchern die herausgelagerte Dickdarmschlinge mit dem Troicart punktiert wird. Es entweicht zuerst sehr viel Gas und darauf dünnflüssiger Kot. Der Darm entleert sich jedoch nicht vollständig und auch jetzt ist eine genauere Orientierung noch nicht möglich. Deshalb wird das Abdomen durch einen ausgiebigen Schnitt in der Linea alba eröffnet, auch jetzt quellen wieder stark geblähte Darmschlingen aus der Wunde hervor. Nun kann man feststellen, daß es sich um das außerordentlich stark geblähte Coecum Colon ascendens und Transversum handelt. Das kleine Becken läßt sich jetzt gut abtasten. Man findet einen harten derben, höckerigen Tumor an der Grenze zwischen Rectum und Flexura sigmoidea. Das ganze kleine Becken ist von Tumor-Massen ausgefüllt.

Vom Coecum ausgehend, wird der Inhalt langsam gegen die im Colon transversum gesetzte Punktionsöffnung ausgestrichen Diese wird durch einen Scherenschlag etwas erweitert; Daraufhin entleert sich mäßig viel dünnflüssiger Kot; nun wird die Bauchwunde in der linea alba durch Etagennähte exakt geschlossen und ein Teil des Colon transversum mit der

Punktionsöffnung samt dem Mesocolon aus der seitlichen Bauchwunde herausgelagert: die seitliche Bauchwunde wird dann bis auf diese Stelle durch einige Nähte geschlossen. Der herausgelagerte Darm wird mit Jodoformgaze umgeben und ein Deckverband angelegt. Das Befinden ist nach der Operation leidlich gut; der Puls etwas klein und langsam.

10. Febr. 09. Befinden der Pat. ganz leidlich. Sie nimmt Flüssigkeit zu sich. Kein Erbrechen, der Puls ist mäßig kräftig; beim Verbandwechsel findet sich noch recht viel zum Teil geformter Kot entleert. Die Wunde wird abgespült und Jodoformgazeverband angelegt. Gegen Abend wird Pat. benommener; der Puls kleiner, die Temperatur zeigt 38°.

11. Febr. 09. Die Benommenheit hat zugenommen; der Puls ist klein und beschleunigt (140); die Temperatur auf 39° gestiegen. Beim Verbandwechsel sieht der herausgelagerte Darm ganz gut aus. Abends allmählich tritt Agone ein und um 7 Uhr erfolgt Exitus letalis.

Die klin. Diagn. lautete: Ileus infolge Beckentumors.

Sektionsbefund:

Bauchhöhle: Nach Eröffnung der Bauchhöhle erscheint der Magen spitzwinkelig geknickt, die Flexura sigmoidea mächtig aufgetrieben, rechts von ihr eine aufgetriebene Dünndarmschlinge, die pars pylorica erreichend; das Netz ist in die linksseitige Wunde hineingezogen; die Serosa der Darmschlingen ist sehr fleckig injiziert und an den Berührungsstellen der Darmschlingen mit Fibrinbelag bedeckt; das Colon descendens stark zusammengezogen. Im kleinen Becken findet sich trübe Flüssigkeit; der Uterus samt den linksseitigen Adnexen nach hinten gezerrt, unregelmäßig gestaltet und mit dem Rectum verwachsen. Nach Herausnahme des Uterus zeigt sich links von ihm ein fast faustgroßer Tumor, welcher sich auch an dessen Hinterfläche herüber erstreckt ganz in Adhäsionen eingebettet und mit dem Rectum fest verwachsen, dieses völlig komprimierend; die linken Adnexe sind ebenfalls in Adhäsionen eingebettet. Fimbrienende und Ovarium der rechten Seite sind frei; der Tumor ist fluktuierend. An ihm sind Knochenplatten ähnliche Stellen durchfühlbar; beim Einschneiden erweist sich der Tumor als eine

Cyste, welche mit dicken, honigähnlichen, mit Haaren untermengten Massen erfüllt ist. In der Tiefe erscheint ein dicker Schopf von Haaren. Im Innern der Cyste fühlt man scharfe Knochenplatten; die Adnexe der rechten Seite normal; das Rectum stark injiziert, am Beginn der Flexura sigmoidea findet sich ein quergestelltes, 4 cm langes, 2 cm breites Geschwür mit mißfarbenem Grund; in gleicher Höhe, durch eine schmale Schleimhautbrücke getrennt, ein ähnliches, jedoch mehr rundliches Geschwür. Die Flexura sigmoidea enthält spärlich Schleim, etwas Kot, die Schleimhaut ist ziemlich blaß.

Leichendiagnose:

Dermoidcyste des linken Ovariums mit festen Verwachsungen mit dem Rectum, dem Uterus u. der seitlichen Bauchwand. Hochgradige Compression des Rectums durch den Tumor, starke Erweiterung der Flexura sigmoidea. Dehnungsgeschwüre unmittelbar oberhalb des Rectums; diffuse fibrinöse Peritonitis. Schlaffes dilatiertes Herz, Lipomatose des Herzens, Struma colloides, Arteriosclerose des Aortenostiums und der Brustaorta.

Das bei der Sektion gewonnene Präparat wurde nach Herausnahme des größten Teils des oben geschilderten Inhalts in Alkohol aufbewahrt. Die Anfertigung mikroskopischer Schnitte war nicht mehr aussichtsvoll.

Das Präparat ist eine etwa kinderfaustgroße Cyste mit mäßig dicker bindegewebiger Kapsel, die in Fettmassen des Beckenbindegewebes eingelagert und von Adhäsionen rings überzogen ist.

Der zurückgebliebene Inhalt besteht aus Fett und Talgmassen, die wie Klumpen geronnenen Honigs erscheinen, aus roten Haaren, die untereinander verfilzt und mit den obengenannten Massen vermengt sind.

Nach Herausnahme dieser Massen zeigt sich die Cysteninnenwand vielfach mit größeren und kleineren aufgelagerten Kalkplatten bedeckt.

Die Cyste ist durch einen der Uvula ähnlich geformten Zapfen in zwei fast vollkommen getrennte Höhlen geteilt, und zwar ungleich, in eine größere und eine kleinere.

Die Konsistenz dieses septumartig das Lumen teilenden Zapfens ist derb. Seine Farbe ist schmutzigbraunrot, zum Teil wechselnd heller lehmfarben und dunkler.

Der Zapfen ist etwa 5 cm lang, 0,5 cm breit, bez. dick und an der höchsten Stelle 3 cm hoch, allmählich niedriger werdend. Seine untere Kante und die beiden seitlichen Kanten gehen direkt in die Cystenwand über; seine obere Kante ist anscheinend bei der Eröffnung in der Sektion mit einem Teil der Cystenwand zum Teil abgetrennt worden.

In diesem Wulst ist an der Seitenfläche sitzend ein zahnartiges Gebilde mit scharfer Spitze zu fühlen, das seiner Form nach einem Schneidezahn entspricht. Der Zahn ist allseitig fest von dem Gewebe des Zapfens umschlossen, nur die Spitze ist frei, und bis auf diese von Haut überzogen.

Dicht neben diesem läßt sich eine knochenharte Anlage eines Zahnes finden, mit rotbraunem Gewebe überzogen. Daneben ist noch eine zweite kleinere Anlage eines scharfen, harten und spitzigen zahnartigen Gebildes durchzufühlen.

Aus dem Wulst zahlreich hervorragend, sind kurze rote Haare zu sehen.

Wir haben demnach eine Dermoidcyste vor uns, wie sie früher ohne genauere mikroskopische Untersuchung so häufig gefunden und beschrieben worden sind.

Es handelt sich also im vorliegenden Fall um einen Ileus infolge Compression des Rectums durch eine Dermoidcyste des linken Ovariums, und zwar bei einem unverheirateten Fräulein im Alter von 79 Jahren, das seit einer Reihe von Jahren wegen Geistesgestörtheit in der Kreisirrenanstalt untergebracht war. Die Dermoidcyste hatte bis 8 Tage vor der Operation objektiv als Symptom nur Neigung zur Obstipation geboten, allerdings jahrelang. Bemerkenswert ist, daß die Patientin selbst für ihre chronische Verstopfung einen besonderen Grund zu vermuten schien. Der Ileus trat ein, nachdem 8 Tage lang kein Stuhlgang erfolgt war; die Operation ergab einen Beckentumor als Ursache. 2 Tage post operationem erfolgte der Exitus letalis. Die Sektion ergab dann die Diagnose: Dermoidcyste mit überaus zahlreichen Verwachsungen mit Darm, Uterus und Beckenwand, die das Rectum völlig comprimiert hatte.

Man wird sich die Pathogenese dieses merkwürdigen Falles folgendermaßen zu denken haben:

Da leider eine Anamnese über das körperliche Verhalten des Fräuleins vor Eintritt in die Kreisirrenanstalt Erlangen vollständig fehlt, so kann über die früheste Entwicklung des Tumors nichts ausgesagt werden, als daß derselbe jedenfalls langsam wuchs und keine besonderen klinischen Erscheinungen hervorrief.

Bei der Aufnahme in die oben erwähnte Anstalt gibt der diesbezügliche Status — Ernährungszustand wenig gut, im Abdomen nichts Besonderes — wiederum nicht den geringsten Anhaltspunkt für die Annahme eines bestehenden oder wachsenden Tumors. Dabei war das Fräulein 75 Jahre alt geworden! Erst der Eintrag in die Krankengeschichte vom 27. Mai 1905: „wegen ihres Stuhlgangs — Neigung zu Obstipation — macht sie viel Wesens, scheint etwas Besonderes dahinter zu vermuten", läßt vielleicht den Gedanken aufkommen, daß dieser Verstopfung tatsächlich eine besondere Ursache zu Grunde lag.

Immerhin ist aber dieser Zustand, zumal bei Frauen, so etwas Häufiges, daß zahlreiche andere Ursachen dafür vorhanden gewesen sein können.

Dennoch läßt sich nach dem Sektionsbefund mit Bestimmtheit annehmen, daß die Obstipation in diesem Falle tatsächlich durch den wachsenden und mit seiner Umgebung verwachsenden Tumor hervorgerufen wurde. Eine bimanuelle Untersuchung hätte damals sicher schon Aufschluß geben können und bei geeignetem Kräftezustand der Patientin durch Exstirpation der Dermoidcyste die Obstipation samt den übrigen Folgen beseitigt und weitere Zufälle verhindert werden können.

Wenn in diesem Falle der Tumor so lange Zeit keine stärkeren Beschwerden machte und daher auch nicht klinisch diagnosticiert worden ist, so hat dazu vielleicht auch der Umstand beigetragen, daß die Patientin niemals eine Schwangerschaft durchgemacht hatte. Freilich setzt diese Annahme voraus, daß der Tumor bereits vor Eintritt des klimakterischen Alters nicht nur bereits eine beträchtliche Größe erlangt, sondern auch schon zu ausgedehnteren Verwachsungen geführt hatte. Jedenfalls

konnte das Embryom unerkannt langsam, aber stetig an Umfang zunehmen und als es schließlich durch die in so langer Zeit in Masse entstandenen Verwachsungen Rectum und Uterus fest fixiert und das kleine Becken durch „Tumormassen ganz ausgemauert" hatte, sodaß ein gegenseitiges Ausweichen der Organe nicht mehr möglich war, da wurde es dem endlich völlig comprimierten Rectum des 79 jährigen Fräuleins nicht mehr möglich, solchen Widerständen zum Trotz seinen Inhalt zu entleeren.

Lange Zeit mochte es mit Mut und Not seiner Aufgabe gerecht geworden sein, indem es durch das immer enger werdende Lumen den Inhalt hindurch zwängte, plötzlich versagte es dann aber ganz.

Es ist nicht wahrscheinlich, daß ein besonders rasches Wachstum des Tumors in den letzten Wochen vor der Operation als Ursache für die plötzliche und völlige Insufficienz der Darmmuskulatur anzusehen ist. Dafür liegt in dem Befund kein Anlaß vor.

Vielmehr ist es als wahrscheinlich anzunehmen, daß der im höchsten Grade überanstrengte Darm des alten Fräuleins schließlich nicht mehr ausreichende compensatorische Kraft besaß und aus dem Grunde plötzlich versagte.

Aus lange vorbereiteter Stenose wurde so mit einem Male Darmverschluß; vielleicht dadurch, daß sich ein härterer Kotballen vorlagerte.

Ich schließe mich da ganz für den vorliegenden Fall den Ausführungen Rosenbachs (Schmidts Jahrbücher, Bd. 223, S. 269) an, der dort unter anderm sagt: Der plötzliche Eintritt schweren Ileus deutet doch nicht absolut auf eine plötzlich entstandene Ursache. Meist seien die Zustände, die den Ileus hervorrufen, langsam vorbereitet. Das ist im vorliegenden Fall in Bezug auf das Wachsen des Tumors und die Verwachsungen ja sicher zutreffend.

Rosenbach sagt dann weiter, bei genauem Zusehen ließen sich vor Eintritt der eigentlichen Ileussymptome Prodromalerscheinungen meist erkennen und führt als solche auf: meteoristische Auftreibung des unteren Abdomens, spontan auftretende schmerz-

hafte Koliken mit Brechneigung, unregelmäßiger Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung, Wirkungslosigkeit aller Abführmittel.

Die Wirkungslosigkeit aller inneren und äußeren Abführmittel ist auch in diesem Fall die erste alarmierende Erscheinung in der Krankengeschichte.

Der Befund bei der Operation bestätigte die vorher klinisch gestellte Diagnose auf Ileus und bietet sonst nichts Bemerkenswertes.

Der Exitus letalis 2d nach der Operation ist dem Sectionsbericht nach auf Versagen des atrophischen und lipomatösen Herzens zurückzuführen. Das an sich nicht mehr sehr widerstandsfähige Herz der alten Frau hat wohl noch die schädigenden Momente der Operation überdauert, konnte sich aber nicht mehr genügend von ihnen erholen.

Das Zustandekommen der massigen Adhäsionen läßt sich wohl am besten erklären aus dem jahrelangen Liegen, Drücken und Reiben des Tumors gegen seine Umgebung, wodurch durch rein mechanischen Reiz und durch den Reiz der entstehenden Drucknecrose es zu entzündlichen Verklebungen und schließlich Verwachsungen der Organe untereinander kam.

So sahen wir, wie in diesem Falle ein Darmverschluß durch Compression des Rectums durch eine Dermoidcyste zustande kam.

In der Literatur der Dermoidcysten des Ovariums ist dieser Fall der erste.

Aber auch in der Literatur für gewöhnliche Ovarialcystome ist der Ileus an sich eine Seltenheit, insbesondere aber der durch Compression.

H. Peters hat in einem Vortrag, der in dem Centralblatt für Gynaekologie 1895 S. 339, Nr. 19 zum Teil wiedergegeben ist, darauf hingewiesen, daß Ileus durch Ovarialtumoren überhaupt recht selten sei. Peters führt zunächst 12 Fälle von Ileus infolge Stieltorsion von Ovarialcystomen an, darunter 5 von Ohlshausen veröffentlichte — vgl. Die Krankheiten der Ovarien, Stuttgart 1886, und 7 von ihm selbst gefundene.

Ich selbst fand dann noch 3 Fälle von Darmverschluß infolge Stieltorsion von Ovarialcystomen: Jahresbericht für

Geb. u. Gyn., Bd. 8, 1894, S. 247. Pothérat. Une complication rare des cystes ovariques. Ausgang: Exitus und Bd. 11, S. 196, Nr. 111. Schalita: 2 glücklich operierte Fälle.

Dann bringt Peters seinen Fall als den ersten veröffentlichten von Ileus durch Compression durch ein Ovarialcystom, ohne Stieltorsion.

Es handelt sich um eine 60jährige Frau, die 9mal geboren hatte und bei der seit 5 Jahren ein Tumor in abdomine constatiert worden war; sie erkrankte dann plötzlich unter Ileussymptomen; es wurde Stieldrehung angenommen. Die Laparatomie ergab: freie mit Fibrinflocken vermischte Flüssigkeit im Abdomen und doppelseitige Ovarialtumoren, intraligamentär entwickelt; der rechte Tumor saß in der Gegend der Valvula coli; dadurch war der Darm comprimiert worden; daraus aber entstand der Ileus nach Ansicht des Verfassers Peters erst durch Hinzutreten des Ascites.

Die Frau wurde operiert, hatte 2 Stunden post operationem reichlichen Stuhlgang und lebte nach 3 Monaten noch.

Außer diesem fand ich nur noch einen Fall von Ileus durch Compression des Darms durch eine Ovarialcyste veröffentlicht: Centralblatt für Gynaekologie Bd. 24, 1900: Darmocclusion und Gangrän des oberen Abschnittes des Rectums bei Anwesenheit von Uterus und Ovarialtumoren. J. Boeckel, Straßburg.

Eine 62jährige Krankenschwester, die nie krank war, bekam plötzlich ohne alle Ursache Schmerzen im Leib und Ileus. Es wurde Anus praeternaturalis angelegt; Exitus 2 Stunden später. Man fand an der hinteren Rectalwand ein 4 cm langes, 2 cm breites Geschwür mit Perforation. Allgemeine Peritonitis. Als Ursache nennt Boeckel die Ovarialcyste.

Diese beiden Fälle sind mir vor allem deshalb interessant, weil die Compression wie bei dem vorliegenden Fall dadurch zustande kam, daß eben der Darm keine Möglichkeit mehr fand, auszuweichen. In dem Falle Peters ist die Ursache dafür in dem gleichzeitigen Bestehen doppelseitiger Ovarialtumoren zu suchen, der Ascites tat das Übrige. Im Falle Boeckel sehe ich die Ursache in dem Vorhandensein gleichzeitiger Uterus-

tumoren, während in meinem Falle eben der Eigenart der Dermoidcysten entsprechend — besonders große Neigung zu Adhäsionen — diese dafür angeschuldigt werden müssen zusammen mit dem wachsenden Tumor.

Doch auch sonst ist noch manches beachtenswert an diesen beiden Fällen.

In beiden Fällen sind es alte Frauen — wie auch in vorliegendem Fall —, bei denen der wachsende Tumor endlich im Becken soviel Raum verdrängt, daß es unter den genannten besonderen Bedingungen schließlich zu Darmverschluß kommen mußte.

Interessant ist, daß im Fall Peters eine 60 jährige Frau seit 5 Jahren bekanntermaßen einen Tumor trägt und nach Eintritt der Katastrophe durch die Operation glücklich noch von ihm befreit wird.

Im Fall Boeckel hatte das Ovarialcystom keine Erscheinungen gegeben, bis plötzlich Ileus Perforation und eitrige Peritonitis auf einmal hervorrief und kurz nach der Operation so indirekt den Tod verursachte.

Außer diesen Fällen von Ileus fand ich für Ovarialcystome noch einen Fall, der durch Platzen eines Cystadenoms ovarii zustande gekommen war. Frommel, Centralblatt für Gynaekologie Bd. XXI, S. 395, Nr. 21 und Wiener klin. Wochenschrift Seite 1008/9 vom Jahr 1908.

Für die Überlassung des Materials zur vorliegenden Arbeit spreche ich dem hochverehrten Herrn Prof. Dr. Hauser meinen verbindlichsten Dank aus.

Carl Raum,
Medizinalpraktikant.

Literatur.

Boeckel J., Darmocclusion und Gangrän des oberen Abschnittes des Rectums bei Anwesenheit von Uterus- und Ovarialtumoren. Centralblatt für Gynaekologie, Bd. XXIV S.

Bolzano, Untersuchung einer großen Dermoidcyste des Ovariums. Würzburger U. S. 1901/2, Nr. 33.

Borst, Die Teratome und ihre Stellung zu den anderen Geschwülsten. Aus einem Abdruck aus den: Verhandlungen der deutschen Pathologischen Gesellschaft, 11. Tagung zu Dresden, 16—19. Sept. 1907.

Dennemark, Über Dermoide insbesondere des Ovariums, Berliner U. S. 1901/2, Nr. 27.

Eulenburg, Realencyklopadie der gesamten Heilkunde.

Holtschmidt, Ein interessanter Fall von Dermoidcyste des Ovariums. J. D. Leipzig 1899/1900.

Jngier Alex., Beiträge zur Casuistik aus der Genese der Ovarialdermoide.

Karczewski, Ein Fall von Ovarialcyste bei einem 10jähr. Mädchen mit Stieltorsion. Centralblatt für Gynaekologie 1904, Bd. 28, I. Hälfte, S. 547.

Katsurada Fujiro, Zur Lehre von den sogenannten Dermoidcysten oder Embryomen des Eierstocks. Freiburger U. S. 1900/1 Nr., 55.

Lebert, Schmidts Jahrbücher, Bd. 104, S. 299/300.

Marchard, Cyste dermoide de l'ovaire chez une jeune fille de 14 ans. Frommel, Jahresbericht für Geburtshilfe und Gynaekologie, Bd. XV, S. 245, Nr. 312.

Martin A., Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneierstöcke.

Merttens, Beiträge zur Lehre von den Dermoidcysten des Ovariums. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynaekologie 1897, XXXVI.

Peters H., Ileus durch Compression des Darmes durch Ovarialcystom ohne Stieltorsion. Centralblatt für Gynaekologie 1895, Bd. XIX, S. 339.

Pothérat, Une complication rare des cystes ovariques. Frommel, Jahresberichte f. Geb. u. Gyn. Bd. VIII, 1894, S. 247.

Rosenbach Ottomar, Zur Symptomatologie und Therapie der Darminsufficienz. Schmidts Jahrbücher, Bd. 223, 3, S. 269.

Schalita, Acute Darmocclusion bedingt durch Eierstockscysten, ebenfalls Stieltorsion: 2 glücklich operierte Fälle. Frommel, Jahresbericht f. Geb. und Gyn. Bd. XI, S. 196, Nr. 111.

v. Säxinger, Ein Beitrag zu den Dermoidcystomen des Ovariums. J. D. Tübingen 1886/7 Nr. 30.

Sigwart, Ein Fall von Teratome ovarii. Erlangen U. S. 1893/4, Nr. 104.

Thumim, Über carcinomatöse Degeneration der Eierstocksdermoide. Schmidts Jahrbücher, Bd. 257, S. 165 und Frommels Jahresbericht f. Geb. und Gyn. Bd. XI, S. 203, Nr. 196.

Wilms, Über Dermoidcysten und Teratome mit besonderer Berücksichtigung der Dermoide der Ovarien. Deutsches Archiv für klinische Medizin 1895, LV, S. 289.

□ □ □

Lebenslauf.

Ich wurde am 9. September 1885 zu Nürnberg geboren als Sohn des Hutfabrikanten Andreas Raum und der Frau Babette Raum, geb. Wild. Mein Vater starb im Juli 1908. Ich bin bayerischer Staatsangehöriger. Vom Herbst 1892—Herbst 1895 besuchte ich in Nürnberg die Volksschule, absolvierte 1904 das Alte humanistische Gymnasium zu Nürnberg, studierte in Erlangen in den ersten 6 Semestern Medizin, im 7. Semester in Breslau, in den letzten 3 Semestern wieder in Erlangen. Die ärztliche Vorprüfung legte ich im März 1907 in Erlangen ab, ebenda vom 16. Oktober bis 6. Dezember 1909 das Staatsexamen. Im 6. Semester, Sommer 1907, diente ich das erste Halbjahr unter der Waffe im 19. Inf.-Regiment in Erlangen.

Erlangen, den 21. Dezember 1909.

Carl Raum,
Medizinalpraktikant.